Aus der Universitäts-Frauenklinik in Hamburg.
Direktor: Prof. Dr. Th. Heynemann.

Nachuntersuchungen nach vorderer und hinterer Scheiden-Plastik mit anschließender gewöhnlicher oder hoher Damm-Plastik.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
der medizinischen Fakultät
der Hansischen Universität zu Hamburg

vorgelegt von
Marineunterarzt Arvid Thiele
aus Flensburg.

Kiel 1938

Buchdruckerei A. C. Ehlers, Kiel, Fleethörn 38

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Hamburg.
Direktor: Prof. Dr. Th. Heynemann.

Nachuntersuchungen nach vorderer und hinterer Scheiden-Plastik mit anschließender gewöhnlicher oder hoher Damm-Plastik.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
der medizinischen Fakultät
der Hansischen Universität zu Hamburg

vorgelegt von
Marineunterarzt Arvid Thiele
aus Flensburg.

Kiel 1938

Buchdruckerei A. C. Ehlers, Kiel, Fleethörn 38

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Berichterstatter: Prof. Dr. Heynemann.

Gedruckt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät
der Universität Hamburg.

In der operativen Therapie der Prolapse der weiblichen Genitalien bestehen grundsätzlich zwei Möglichkeiten des Vorgehens:

1.) die Verengerung des Scheidenrohres in Verbindung mit einer Damm-Plastik und

2.) die gleiche Operation zusätzlich einer Fixationsoperation des Uterus.

Die Ansichten darüber, welchem der beiden Verfahren man den Vorzug geben soll, gehen im Schrifttum auseinander, da schon die Ansichten über die Aetiologie der Prolapse geteilt sind.

E. Martin ist der Ansicht, daß der Haftapparat, das heißt, die Gewebe, an denen die weiblichen Genitalorgane aufgehängt sind, für die Lageerhaltung des Uterus den wesentlichen Faktor bilden, während Halban und Tandler den Stützapparat, das heißt, den muskulösen Beckenboden für das wichtigere halten. Die meisten Autoren erkennen jedoch dem Stützapparat wie dem Haftapparat gleiche Bedeutung zu. H. Sellheim bezeichnet den muskulösen Beckenboden als obligates, den bindegewebigen Tragapparat des Uterus, als fakultatives Befestigungsmittel. Nach ihm haben die geweblichen Verbindungen zwischen den Genitalien und der Bauchwand lediglich die mechanische Aufgabe, die Eigenbewegungen des Uterus und die durch die Nachbarorgane hervorgerufenen Lageveränderungen des Uterus möglichst zu begrenzen. Erst, wenn der muskulöse Beckenboden dem Druck der Unterleibsorgane nachgibt, bei der sogenannten „schwebenden Pein", wobei der Uterus nur noch an dem Aufhängeapparat hängt, wird dieser zum obligaten Befestigungsmittel.

Bei weitem die meisten Autoren halten die häufigste Lageveränderung des Uterus, die Retroversio-flexio, für bedeutungsvoll bei der Entstehung des Prolapses und fürchten nach Prolapsoperationen ohne anschließende Fixation des Uterus, sofern neben dem Prolaps eine Retroversio-flexio bestand, das Prolaps-Recidiv. Der Uterus befindet sich bei einer Retroversio-flexio im Druckbereich des Hiatus genitalis. Aus diesem Druckbereich muß der Uterus wieder herausgebracht und in der normalen Lage fixiert werden (v. Jaschke).

Im Gegensatz zu diesen Ansichten stehen die Auffassungen von H. Sellheim, Heidenhain und A. Mayer.

Sellheim mißt dem Prolaps eine sehr viel größere Bedeutung zu, als der gleichzeitig bestehenden Retroversio-flexio uteri, wie er überhaupt alle neben der Retroflexio bestehenden Komplikationen für wesentlicher hält als diese selbst. Die Kolpoperineoplastik ist das einzige Hauptverfahren, das Sellheim zur Heilung der Mehrzahl aller Prolapse für

geeignet hält. Die Lageanomalien des Uterus dagegen bedürfen nach ihm in den seltensten Fällen einer besonderen Therapie. Wörtlich sagt Sellheim: „Die Bildung eines engen, langen, allseitig verankerten Scheidenrohres drängt den Uterus in eine Art Winkelstellung zur Scheide zurück, sodaß die mit dem Prolaps verbundene Retroversio-flexio selten einer Behandlung bedarf.“ Als Hilfsoperation wendet Sellheim höchstens in wenigen Fällen die Ligamentverkürzung nach Alexander-Adams an.

Ganz ähnlich äußert sich Aug. Mayer als Schüler Sellheims über die Behandlung von Prolapsen bei bestehender Retroversio-flexio. Er hält ebenso wie Sellheim die Fixation des Uterus bis auf wenige besonders schwere Fälle für unnötig. Bei den von ihm vorgenommenen Untersuchungen gaben die Frauen sowohl bei guter wie bei schlechter Uteruslage in je einem Drittel der Fälle Beschwerden an. Mayer ist der Meinung, daß ein großer Teil der Unterleibsbeschwerden irrtümlicherweise auf die Retroversio-flexio anstatt auf deren Komplikationen bezogen werden, von denen die wichtigste der Prolaps ist.

Auch Heidenhain ist der Ansicht, daß zur Verhütung von Prolapsrecidiven die Lageveränderung des Uterus weniger wichtig ist, als die Wiederherstellung eines widerstandsfähigen Beckenbodens. Bei 34 Frauen mit Prolaps bei gleichzeitig bestehender Retroversio-flexio hat Heidenhain nach vorgenommener Prolapsoperation ohne anschließende Fixation des Uterus nur zwei Recidive beobachtet. Andererseits sind sowohl nach Uterusexstirpationen als auch nach Uterusinterpositionen Recidive aufgetreten.

Faßt man die im Schrifttum bestehenden Auffassungen über die Bedeutung der Retroversio-flexio bei Prolapsen zusammen, so ergibt sich, daß die meisten Autoren dem muskulösen Beckenboden gegenüber dem bindegewebigen Aufhängeapparat zwar eine primäre Bedeutung zuerkennen, dabei jedoch den Aufhängeapparat zur Lageerhaltung des Uterus für notwendig halten und insbesondere der Retroversio-flexio sowohl in bezug auf die Entstehung von Prolapsen als auch deren Therapie großen Wert beimessen, während eine kleinere Anzahl von Autoren so gut wie allein der Beckenmuskulatur Bedeutung beimißt und die Retroversio-flexio in ihrer Bedeutung für den Prolaps für unwesentlich hält.

Häufig gibt es auch Fälle, in denen neben den Vorfallserscheinungen keine Lageveränderung des Uterus besteht. Hier wird im allgemeinen die einfache Kolpoperineoplastik zu der dauernden Beseitigung des Vorfalls genügen.

Man unterscheidet

1.) die vordere Scheiden-Plastik bei Vorfall der vorderen Scheidenwand. Bei einer größeren Cystocele wird das Septum vesico-vaginale mit einfacher oder mehrfacher Tabaksbeutelnaht gerafft.

2.) die hintere Scheidenplastik bei Vorfall der hinteren Scheidenwand.

Zur Stützung des Beckenbodens wird die gewöhnliche oder die hohe Dammplastik angeschlossen, das heißt, es wird die klaffende Lücke in der Muskelplatte des Diaphragma pelvis, durch die der Descensus vor sich gegangen ist, durch mehr oder weniger tiefgreifende Levatoren-Nähte beseitigt.

Die Damm-Plastik kann verschieden hoch ausgeführt werden. Bei jüngeren Frauen muß zwecks Kohabitations- und Gebärfähigkeit eine Vagina von physiologischer Weite erhalten bleiben. Bei älteren Frauen, bei denen beides nicht mehr in Frage kommt, kann die Vagina wesentlich enger gemacht werden. Es ist lediglich notwendig, den Sekreten den erforderlichen Raum zum Abfließen zu gewährleisten.

Bezüglich der gleichzeitigen Ausführung einer Fixation des Uterus vertreten die meisten Gynäkologen den folgenden Standpunkt:

1.) bei jungen fruchtbaren Frauen:

a) bei Vorfällen ohne Lageveränderung des Uterus wird die einfache Kolpoperineoplastik genügen.

b) besteht jedoch eine Lageveränderung in Form einer Retroversio-flexio, so wird eine Fixation des Uterus vorgenommen, die bei später eintretenden Schwangerschaften keine Schwierigkeiten bringt.

Danach kommen in Frage: Entweder eine Verkürzung der Ligamenta rotunda nach Alexander-Adams, oder die Ventrofixation nach Doleris. W. Stöckel und G. A. Wagner nehmen an, daß auch nach der Promontorifixation keine Schwierigkeiten in der Schwangerschaft und bei der Geburt auftreten. Einige Autoren fürchten bei dieser Operation einen späteren Ileus und ziehen deshalb andere Fixationsoperationen vor. E. Bumm zum Beispiel hat besonders bei vergrößertem Uterus die Colli-Fixation empfohlen, von der er auch keinerlei Geburtsstörungen erwartet.

2.) Bei älteren Frauen, beziehungsweise solchen Frauen, bei denen kein Nachwuchs mehr zu erwarten steht, wird von vielen die Interposition des Uterus zwischen Blase und Scheide nach Schauta-Wertheim vorgenommen. Handelt es sich um noch gebärfähige Frauen, so wird gleichzeitig die Sterilisation ausgeführt, da nach dieser Operation die Austragung einer Schwangerschaft unmöglich ist. Bei hochgradiger Elongation des Collum uteri wird die Portioamputation vorgenommen. Andere führen die vaginale Uterus-Exstirpation aus. Nach ihr besteht jedoch die Gefahr einer Enterocele vaginalis. Daher wird von wiederum anderen Autoren die „abdominale Totalexstirpation" des Uterus mit anschließender Fixation des Scheidenstumpfes an der Fascie der Bauchmuskulatur vorgezogen. Bei Greisinnen wird von vielen die Colporrhaphia mediana gemacht.

Die Ansichten über die Wahl der Operationsmethode gehen also noch weit auseinander. Es wäre dringend erwünscht, in dieser praktisch so außerordentlich wichtigen Frage zu einer klaren und endgültigen Ent-

scheidung zu kommen. Daher habe ich mich der Aufgabe unterzogen, festzustellen, welche Ergebnisse die Prolaps-Operationen ohne zusätzliche Fixation des Uterus in der Frauenklinik in Hamburg-Eppendorf gezeigt haben bei Frauen, die zwischen 1920 und 1934 operiert wurden.

Im ganzen hat es sich um 316 Frauen gehandelt. 93 Frauen sind zur Nachuntersuchung erschienen, 109 Frauen haben übersandte Fragebogen ausgefüllt zurückgesandt, 19 Frauen haben trotz wiederholter Aufforderung nichts von sich hören lassen, 46 Frauen sind inzwischen verstorben, 49 Frauen wurden von der Post beziehungsweise von dem Einwohnermeldeamt nicht ermittelt.

Von den 109 Frauen, die nicht zur Nachuntersuchung erschienen, jedoch einen Fragebogen ausfüllten, haben 101 Frauen seit der Operation keinerlei Beschwerden an den Unterleibsorganen oder nur solche Beschwerden, die mit einem Genitalprolaps oder der Operation in keinem Zusammenhang stehen.

6 Frauen dagegen klagen über Harnbeschwerden, insbesondere über Harnnässen.

Eine weitere Frau ist 1924 wegen Vorfalls in der Universitäts-Frauenklinik Eppendorf operiert worden. Auf dem Fragebogen teilt sie mit, daß sie 1933 wegen eines erneuten Vorfalls im Krankenhaus Siloah operiert worden sei. Auf Anfrage beim Krankenhaus Siloah teilt dieses mit, daß wegen Ermangelung der Krankengeschichte zur Zeit keine Auskunft über die Patientin gegeben werden könne.

In einem anderen Falle handelt es sich um ein leichtes Recidiv. Bei einer 55-jährigen Frau ist 1932 wegen Genitalvorfalls, bei dem die Portio in der Vulva erschien, eine Portioamputation vorgenommen worden, der eine vordere Kolporrhaphie sowie eine Damm-Plastik mit Levatornaht angeschlossen wurde. Bei einer Nachuntersuchung besteht ein leichtes Recidiv. Der Patientin wird eine erneute Operation angeraten. Die Patientin ist jedoch mit ihrem Zustand zufrieden — sie litt schon seit 1905 an Senkungs- beziehungsweise Vorfallsbeschwerden — und will sich keiner neuen Operation unterziehen.

Die zur Nachuntersuchung erschienenen 93 Frauen haben folgende Angaben über ihr subjektives Befinden gemacht:

31 Frauen sind seit der Operation ohne alle Beschwerden. 17 Frauen klagen darüber, daß die Unterleibsorgane insbesondere beim Pressen oder bei schwerer Arbeit nach unten drängen. 15 Frauen klagen über Rückenschmerzen, die besonders bei oder nach der Arbeit aufzutreten pflegen. 34 Frauen leiden an Harnbeschwerden, insbesondere an Harnnässen. Auf die Frage nach Kohabitationsbeschwerden geben 24 Frauen an, daß sie seit der Operation beim Verkehr Schmerzen gehabt hätten. Drei Frauen geben an, daß seit der Operation ein Verkehr nicht mehr möglich gewesen wäre, weil die Scheide zu eng sei.

Der objektive Befund ist der folgende gewesen: 62 Frauen haben keine erneuten Erscheinungen am Genitale — weder eine Senkung noch

einen Vorfall — gezeigt, sodaß diese Ergebnisse als tadellos zu bezeichnen sind. Bei 24 Frauen wölbt sich beim Pressen die vordere Scheidenwand ein wenig vor, ohne jedoch den Scheideneingang zu erreichen. Bei einer dieser Frauen wölbt sich auch die hintere Scheidenwand vor: 1920 ist bei der damals 35-jährigen Patientin wegen Vorfalls der hinteren Scheidewand mit Rectocele eine hintere Kolporrhaphie mit Levatornaht gemacht worden. Die Rectocele ist mittels Tabaksbeutelnaht versenkt worden. Beim Eingehen in das Rectum ist dann das Septum vesico-vaginale als solide dicke Platte gefühlt worden. 1923 wurde bei einer Nachuntersuchung festgestellt, daß sich der Damm, besonders beim Pressen, sehr stark vorwölbt. Bei der 1937 vorgenommenen Nachuntersuchung klafft die Vulva wieder, und beim Pressen wölbt sich die Scheidenwand bis in den Introitus vor. Es besteht jetzt eine Cystocele. Subjektiv klagt die Patientin darüber, daß ihr seit einigen Jahren leicht Harn abgehe. Bei dieser Cystocele handelt es sich also nicht um ein Recidiv nach einer Operation, denn bei der Operation ist nur eine Rectocele vorhanden gewesen. Die Cystocele ist vielmehr inzwischen neu entstanden.

Bei sieben Frauen bestehen dagegen beginnende beziehungsweise vollausgebildete Prolapsrecidive:

1.) 1932 ist bei einer damals 52-jährigen Patientin wegen Descensus uteri et vaginae eine mittelgroße vordere, sowie eine hintere Kolporrhapie mit anschließender hoher Damm-Plastik gemacht worden. 1905 war eine Alexander-Adams'sche Operation vorgenommen worden. — Bei der Nachuntersuchung wird jetzt wieder eine Cystocele mittleren Grades festgestellt. Subjektiv gibt die Patientin an, daß sie besonders nach der Arbeit Rückenschmerzen habe, und, daß die Unterleibsorgane häufig nach unten drängen. Häufig gehe ihr auch Wasser ab.

2.) 1924 ist bei einer damals 64 Jahre alten Patientin wegen Prolaps der vagina eine vordere sowie eine hintere Kolporrhaphie mit anschließender hoher Damm-Plastik gemacht worden. Bei der Nachuntersuchung tritt jetzt beim Pressen die vordere Scheidenwand bis in die Vulva herab. Die vordere Kolporrhaphie ist daher nicht als befriedigend zu bezeichnen.

3.) 1924 ist bei einer damals 34-jährigen Patientin wegen Prolaps der vorderen und hinteren Scheidenwand eine mittelgroße vordere und eine ziemlich ausgedehnte hintere Kolporrhaphie mit anschließender Damm-Plastik vorgenommen worden. Bei der jetzt vorgenommenen Nachuntersuchung wölbt sich die vordere Scheidenwand stark vor, tritt jedoch nicht aus der Vulva heraus. Es handelt sich um ein beginnendes Recidiv.

4.) 1924 ist bei einer damals 45-jährigen Frau auf die Diagnose Metropathia haemorrhagica und Prolaps hin die vaginale Uterusexstirpation und eine kleine vordere Kolporrhaphie gemacht worden. Bei der jetzt vorgenommenen Nachuntersuchung wölbt sich beim Pressen die vordere Scheidenwand bis in die Vulva vor. Subjektiv gibt die Frau an, daß die Unterleibsorgane, besonders beim Heben und Tragen, stark nach unten

drängen. Ferner klagt sie auch über Rückenschmerzen, die besonders nach der Arbeit auftreten.

5.) 1929 ist bei einer damals 62-jährigen Frau wegen Prolaps der vagina eine vordere, sowie eine hintere Kolporrhapie mit anschließender Damm-Plastik gemacht worden. Der ziemlich stark prolabierende Blasenteil wird durch eine Tabaksbeutelnaht eingestülpt. Der Introitus bleibt für den kleinen Finger kaum noch durchgängig. Jetzt tritt bei der Nachuntersuchung trotz des hohen festen Dammes sowohl die Portio als auch die vordere Scheidenwand wieder aus der Vulva heraus. Subjektiv klagt die Patientin darüber, daß die Unterleibsorgane nach unten drängen, und, daß die Scheide beim Heben vorfällt und erst beim Liegen wieder hinter die Vulva zurücktritt.

6.) 1929 ist bei einer damals 36-jährigen Frau wegen Descensus vaginae die vordere und hintere Kolporrhapie mit anschließender Damm-Plastik gemacht worden. Die Blase ist durch Tabaksbeutelnaht gerafft worden. Bei der Nachuntersuchung zeigt jetzt die vordere Scheidenwand eine erhebliche Vorwölbung, sodaß sie eben hinter der Vulva erscheint.

7.) 1934 ist bei einer damals 63-jährigen Frau wegen Prolapsus uteri et vaginae eine hintere Kolporrhaphie mit anschließender hoher Dammplastik gemacht worden. Sechs Wochen später ist, wie das Staatskrankenhaus in Cuxhaven mitteilt, bei der Patientin erneut ein vollständiger Prolaps des Uterus festgestellt worden und erneut eine Colporrhaphia posterior ausgeführt worden. Bei der jetzt vorgenommenen Nachuntersuchung wird kein besonderer Befund erhoben.

Faßt man die Ergebnisse der Nachuntersuchungen zusammen, so ergibt sich, daß in 92 % aller Fälle die Ergebnisse der Operationen als tadellos zu bezeichnen sind, beziehungsweise durchaus befriedigend sind. In den übrigen 8 % handelt es sich um nicht befriedigende Ergebnisse, beziehungsweise beginnende Recidive, oder auch vollständige Recidive — meist in Verbindung mit einer mehr oder weniger ausgesprochenen Cystocele.

Subjektiv haben von 202 Frauen 132 keinerlei Beschwerden mehr seit der Operation. Die übrigen 70 Frauen klagen entweder über Harnbeschwerden oder Rücken- beziehungsweise Kreuzschmerzen, Beschwerden, die aber keineswegs sicher auf eine nicht ausreichende Operation zurückzuführen sind. Im ganzen klagen nur 17 Frauen darüber, daß die Unterleibsorgane, besonders bei schwerer Arbeit, nach unten drängen.

Was die Kohabitationsfähigkeit seit der Operation betrifft, so hat diese, außer bei drei Frauen, in allen übrigen Fällen bestanden.

In einem Falle wird darüber geklagt, daß der Wunsch nach Kindern seit der Operation nicht in Erfüllung gegangen sei. Gynäkologisch ist an der Frau jedoch nichts besonderes festzustellen.

In drei Fällen werden Aborte angegeben, in mehreren Fällen normale Geburten.

Für die Ueberlassung des Themas, sowie für die freundliche Unterstützung bei der Bearbeitung desselben, erlaube ich mir, Herrn Prof. Dr. Heynemann ehrerbietig zu danken.

Lebenslauf.

Ich wurde am 7. Oktober 1912 in Flensburg als Sohn des Oberregierungsmedizinalrates Dr. Erich Thiele und seiner Ehefrau Marie, geborene Raben, geboren. Nach Besuch der Vorschule absolvierte ich das Realgymnasium in Flensburg, studierte Medizin an den Universitäten Hamburg, Freiburg, Königsberg, Greifswald und Berlin. Im Herbst 1935 trat ich als Marine-Sanitäts-Offiziers-Anwärter in die Kriegsmarine ein. Im Frühjahr 1935 absolvierte ich an der Universität Hamburg das vorärztliche Examen.

Quellennachweis.

Halban-Seitz: Karl Reifferscheidt: Lage- und Gestaltsveränderungen der weiblichen Genitalorgane .— Band 3, S. 650—681.

Heidenhain: Prolaps und Retroversio. — Monatsschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe, 1911, Bd. 33, S. 587.

Martius: Die gynäkologischen Operationen.

Mayer, A.: Zur Klinik der Retroversio. — Deutsche med. Wochenschrift, 1908, Nr. 49, S. 2118.

Mayer, A.: Zur Behandlung der Retroflexio uteri. — Zentralblatt für Gynäkologie, 1912, Nr. 32, S. 1042.

Peham-Amreich: Gynäkologische Operationslehre.

Sellheim, H.: Obligate und fakultative Befestigungsmittel der Eingeweide im Bauche. — Gynäkol. Rundschr. 1912, Nr. 20, S. 739.

Sellheim, H.: Einiges über den Gewinn für die gewöhnliche Plastik aus der modernen Gestaltung der Prolapsoperationen. — Zentralblatt für Gynäkologie, 1910, Nr. 45, S. 1455.

Sellheim, H.: Beschränkung der Indikation zur Operation bei Retroflexio, Erweiterung bei Prolaps .— Münchner med. Wochenschrift, 1924, Nr. 4, S. 94.

Veit-Stöckel: v. Jaschke: Lage- und Bewegungsanomalien des weiblichen Genitalapparates. — Band 5, 1. Hälfte, S. 855—929.